

Kritische blik
op normering
FML

Overschrijding gezondheidskundige grenswaarden

De Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) is een obsoleet instrument voor de medisch specialist van werk en gezondheid. Volgens de FML is een normaal belastbaar mens in staat om per uur 1200 keer te reiken en 600 keer een voorwerp van 1 kg te hanteren. Dergelijke repeterende handelingen zijn een bewezen risicofactor voor het ontwikkelen van beroepsziekten.

Bas Sorgdrager, Paul Kuijer

De tabel leert dat een werkende die voldoet aan de FML-normen de grenzen van gezonde lichamelijke belasting in het werk overschrijdt. Hij of zij heeft dus een sterk verhoogd risico op een door een arts vastgestelde ziekte aan het bewegingsapparaat, zoals het subacromiaal pijnsyndroom en lumbosacraal radiculair syndroom.¹

- ▶ Bas Sorgdrager is bedrijfsarts werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam sorgdrager@basbgz.nl
- ▶ Paul Kuijer is bewegingspecialist werk en principal investigator bij het Amsterdam UMC

▼ *Tabel: Een aantal voorbeelden van fysieke arbeidsbelasting; normaal volgens de FML, een risicofactor volgens de beroepsziekteregistratierichtlijnen van het NCVB voor subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) en lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).^{2,3}*

Fysieke arbeidsbelasting	FML	Richtlijn beroepsziekte
Frequent reiken	1200 keer per uur (20 keer per minuut)	SAPS: Dagelijks werken met de hand op of boven schouderhoogte van ≥ 1 uur per dag. SAPS: Dagelijks laag repetitief werk van ≥ 4 hand-armbewegingen per minuut gedurende ≥ 1 uur per dag. SAPS: Dagelijks hoog repetitief werk met >15 hand-armbewegingen per minuut gedurende $\geq 0,5$ uur per dag.
Bewegingen van de rug	600 keer per uur buigen tillen/dragen van lasten van 15 kg 250N (25kgf) duwen of trekken	LRS: Het herhaald of langdurig dagelijks buigen van de romp, te denken valt aan meer dan 20 graden buigen van de romp gedurende meer dan 1 uur per dag. Het herhaald tillen of dragen van lasten zwaarder dan 5 kg, minimaal 2 uur per dag of vaker dan 25 keer per dag gedurende meer dan 10 jaar.

Ten opzichte van eerdere versies van de FML valt op dat risicofactoren voor bijvoorbeeld het carpaletunnelsyndroom, zoals frequent lichte voorwerpen hanteren (600 keer per uur 1 kg), inmiddels zijn aangepast in meer beschrijvende termen. Beroepsziekten van de bovenste extremiteit en lage rug worden vaak gesignaleerd door bedrijfsartsen. Daarbij gaan we ervanuit dat bedrijfsartsen de registratierichtlijnen van het NCvB raadplegen en bij het beoordelen van de werksituatie een overschrijding van de gezondheidkundige grenswaarden hebben geconstateerd. Volgens de FML-normen zouden ze aan een nog hogere arbeidsbelasting kunnen worden blootgesteld. Werkenden in die situaties zijn normaal belastbaar volgens de FML, maar lopen uiteindelijk wel een verhoogd risico op een beroepsziekte.

FML als hulpmiddel

De FML is een hulpmiddel voor de verzekeringsarts van het UWV om de belastbaarheid en/of beperkingen van een verzekerde werknemer in kaart te brengen. Het is een methodiek behorend bij het CBBS (Claimbeoordelings- en Borgingssysteem van het UWV). Dit is het handboek voor verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, waarin staat hoe vastgestelde beperkingen vertaald moeten worden in functionele mogelijkheden. De referentiewaarden vertegenwoordigen een niveau van functioneren waartoe gezonde personen in de leeftijd van 16 tot 65 jaar minimaal in staat zijn.

FML is obsoleet

De FML is ontwikkeld in de tijd dat er in verschillende WAO-klassen kon worden ingedeeld. Nuancering in de fysieke belastbaarheid had toen betekenis. Bij de WIA leidt de afgenomen arbeidsbelastbaarheid tot een uitkering. Vooral als er beperkingen zijn in het persoonlijk functioneren, handfunctie en herstelbehoefte (duurbelastbaarheid).

De normering van normale belastbaarheid in de FML beschrijft handelingen die ziekmakend zijn. Dit blijkt uit de overschrijding van de gezondheidkundige grenswaarden.⁴⁻⁶

Voor het vaststellen van fysieke belastbaarheid kan anamnese en oriënterend lichamelijk onderzoek in de meeste gevallen volstaan. Wie geen afwijkingen heeft kan dan in staat worden geacht risicovolle handelingen te verrichten. Om een re-integratie te begeleiden en de fysieke belastbaarheid te beoordelen is de Functionele Capaciteitsevaluatie (FCE) een betrouwbare, valide methode.⁷ We raden niet aan om de FCE alleen te gebruiken om fysieke belastbaarheid in de FML-vakjes te duiden. De FCE is van toegevoegde waarde bij nadere specificering van de fysieke belastbaarheid. Andere overwegingen voor FCE zijn:

- ▶ in onduidelijke situaties, zoals een onduidelijk medisch beeld of discrepantie tussen door de werkende gerapporteerde gegevens en bevindingen van de arts;
- ▶ in complexe situaties waarbij van het oordeel veel afhangt, bijvoorbeeld langdurig verzuim, ander werk of financiële compensatie;
- ▶ bij stagnatie van herstel;
- ▶ bij zwaar rugbelastend werk.⁸

BAR

Bedrijfs- en verzekeringsartsen zouden arbeidsbelastbaarheid moeten beschrijven – in plaats van de FML afvinken – rekening houdend met gezond werk.⁹ TBV 1-2 van dit jaar ging uitgebreid in op een gezamenlijk begrippenkader gebaseerd op de *International classification of functioning disability and health* (ICF) en de Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid & Re-integratie (BAR). De BAR is een goed alternatief om arbeidsbelastbaarheid in kaart te brengen. Dit is ook een mooie ontwikkeling voor arbeidsdeskundigen om daarmee hun onderzoek te kunnen doen naar loonverlies door medische beperkingen. ■

Referenties

1. Kuijer PPFM. FML: alleen voor mannen van ijzer en vrouwen van staal? *TBV* 17, 254 (2009). Doi: 10.1007/BF03081223.
2. Beroepsziekteregistratierichtlijn lumbosacraal radiculair syndroom, beroepsziekten.nl.
3. Beroepsziekteregistratierichtlijn subacromiaal pijnsyndroom, beroepsziekten.nl.
4. Van der Molen HF, Foresti C, Daams JG, Frings-Dresen MHW, Kuijer PPFM. Work-related risk factors for specific shoulder disorders: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2017 Oct;74(10):745-755. Doi: 10.1136/oemed-2017-104339. Epub 2017 Jul 29. PMID: 28756414.
5. Luites JWH, Kuijer PPFM, Hulshof CTJ, Kok R, Langendam MW, Oosterhuis T, Anema JR, Lapré-Utama VP, et al. The Dutch multidisciplinary occupational health guideline to enhance work participation among low back pain and lumbosacral radicular syndrome patients. *J Occup Rehabil.* 2022;32(3):337-352. Doi: 10.1007/s10926-021-09993-4
6. Kuijer PPFM, Verbeek JH, Seidler A, Ellegast R, Hulshof CTJ, Frings-Dresen MHW, Van der Molen HF. Work-relatedness of lumbosacral radiculopathy syndrome: Review and dose-response meta-analysis. *Neurology.* 2018 Sep 18;91(12):558-564. Doi: 10.1212/01.wnl.0000544322.26939.09.
7. Wind H, Kuijer P. Geen woorden maar daden – Functionele Capaciteit-evaluatie en arbeidsgeschiktheid. *TBV* 2019;27(6-7):29-31, tbv-online.nl.
8. Richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom (NVAB, NVVG, GAV herziening 2021), nvab-online.nl/content/lage-rugpijn-en-lrs.
9. BAR, Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid & Re-integratie. Amsterdam UMC versie mei 2021, nvab-online.nl.